

Evangelisches Krankenhaus Hamm gGmbH | Werler Str. 110 | 59063 Hamm

Werler Straße 110  
59063 Hamm  
Postfach 14 31  
59004 Hamm  
Tel. (0 23 81) 5 89-0  
Fax (0 23 81) 5 89-12 99  
info@evkhamm.de  
www.evkhamm.de

Neurologische Klinik  
Tannenwaldallee 50  
61348 Bad Homburg

Klinik für Hämatologie/Onkologie und  
Palliativmedizin  
Elisabeth Lange  
Dr. Dr. Heinz Albert Dürk  
Telefon: (0 23 81) 5 89 - 1863  
Telefax: (0 23 81) 5 89 - 1513  
**Hämatologische Ambulanz**  
Telefon: (0 23 81) 905 83 - 13  
Telefax: (0 23 81) 905 83 - 90

19.07.2017  
/

## Vorläufiger Entlassungsbrief

**Patient** Barabadze, David geb. 01.06.1978  
Chavchavadze 12, Tiflis / FallNr: 11736666

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir berichten über Ihren Patienten, Herrn **Barabadze, David**, der sich ab dem 12.07.2017 bei uns in stationärer Behandlung befindet.

### Diagnosen

Klassisches M.Hodgkin ED 3/2016

initial: Stadium II B mit mediastinalem LK-Konglomerat von 6 cm im Durchmesser

aktuell: Stadium III

### Aktuell:

**Eskalation der Therapie mit BEACOPP eskaliert  
mit anschließender Stammzellapherese  
3 MRGN**

### Therapiestand

5-10/2016- Z.n. 6x ABVD

Remissionskontrolle 10/2016 via PET-CT- CR

4/2017 Rezidiv der Erkrankung bei parasternaler RF rechts,

Erhöhte Stoffwechselaktivität parasternal rechts

Re-Biospie mit Bestätigung klassisches M. Hodgkin

Keine KM-Beteiligung

5/2017 Einleitung einer Rezidivtherapie mit DHAP

Gute Akutverträglichkeit

6/2017 Klinisch V.a. Progress unter der Therapie mit Zunahme der B-Symptomatik und klinischer Vergrößerung der parasternalen RF

Infiltration der Pleura links und des M. pectoralis major und minor links

7/2017 Erneute Re-Biopsie EVK in Hamm: unverändert klassisches M.Hodgkin mit CD30+ Überexpression

Keine Knochenmarkbeteiligung

### Anamnese

Wir nahmen den Pat. mit seit 1 Monat bestehenden rezidiv. Fieber und aktuell einer Leukozytose und CRP-Erhöhung zur weiteren Abklärung stat. auf. Der Pat. nimmt schon Ciprobay und Tavanic ein.

### Klinischer Untersuchungsbefund

39-jähriger Pat. in gutem AZ. Haut und Schleimhäute ausreichend durchblutet. Pulmo: Raumforderung links parasternal mit Sternumdeformation. Cor: HT rein und rhythmisch. Abdomenuntersuchung ohne pathologischen Befund. WS und Extremitäten frei beweglich. Keine fokale neurologischen Defizite.

### Labor

#### Infektserologie vom 13.07.2017 (Dr. Eberhard und Partner, Dortmund, 1173034315)

HIV-1/HIV-2 Screening: negativ

#### Knochenmarkaspirationszytologie vom 04.07.2017:

Markbröckelchen vorhanden. Normozelluläres Knochenmark. Megakaryozyten von normaler Anzahl, mäßig linksverschoben. Myelopoese ausreifend. Erythropoese unauffällig. Lymphozyten und Plasmazellen unauffällig. Kein sicherer Nachweis von Hodgkin- oder Sternberg-Reed-Zellen.

#### Eisenfärbung:

Eisen im Rétikulum erhöht, keine Vermehrung von Sideroblasten oder Ringsideroblasten.

#### Beurteilung:

Keine Hinweise auf das Vorliegen einer Knochenmarksinfiltration durch den bekannten Morbus Hodgkin. Das Ergebnis der Knochenmarkhistologie bleibt jedoch abzuwarten.

### Laborwerte

Bezeichnung	Ref.-Bereich	Einheit	12.7.17 09:12
HB	13-16	g/dl	11.3↓
Erythrozyten	3.5 - 6.0	10 <sup>6</sup> /µl	4.05
Leukozyten	4.0 - 9.0	Tsd	21.29↑
Hämatokrit	33 - 45	%	34.0
MCV	82.9-98.0	fl	84.0
MCH	28-34	pg	27.9↓
MCHC	32-36	g/dl	33.2
PLT	150-400	Tsd	274
MPV	8-12	fl	9.5
LDH	135-225	U/l	169
Kreatinin	0.7-1.2	mg/dl	0.96
GFR		ml/min	92.7
CRP	0.3-0.5	mg/dl	0.9↑
Kalium	3.4-4.5	mmol/l	3.45
Natrium	132-146	mmol/l	141
Calcium	2.15-2.70	mmol/l	2.37
pro BNP	5-35.6	pg/ml	191.7↑

### Befunde

#### Echokardiographie vom 12.07.2017

#### Befund:

Vergrößerter LV (LVEDd 58 mm) mit grenzwertig normaler syst. Funktion, EF visuell 55 %, keine diast. Relaxationsstörung, E<A, Dec-Zeit 204 ms, E/E' 6, Klappen unauffällig, normale Flussmuster, leichte MI und TI,

RV mit guter Kontraktion (TAPSE 22 mm), keine Re-Herzdruckbelastung (sPAP 17 mm/Hg + ZVD), VCI nicht gestaut. Kein PE.

Beurteilung:

Vergrosserter LV mit grenzwertiger EF

Empfehlung:

Hypertonie?, Toxisch?, Indikation ACE- Hemmer erwägen

**Pädiatrie Pulmologie/Allergologie Hamm vom 12.07.2017 - DLCO**

PEF 97,8%, FEV1 99,5%, FEV1 %FVC 96,2%, TLC 125,8%, VC IN 113,3%, R eff 43,8%, MEF50 103,9%.

1) Spirometrie qualitativ

Steil Dreieck mit linearem Abfall in Expiration.

(2) Spirometrie quantitativ

Keine Obstruktion bei normwertigem Tiffeneau-Index (96,2% des Solls), spirometrisch keine Restriktion bei normwertiger Vitalkapazität (113,3% des Solls).

(3) Bodyplethysmographie Residualvolumen

Residualvolumen erhöht (168,4% des Solls), bodyplethysmographisch keine Restriktion bei erhöhte TLC (125,8% des Solls).

(4) Bodyplethysmographie Fluss-Druck-Kurve

Schmale Schleifen mit einem Schnittwinkel < 90°.

Milde Diffusionsstörung mit einem auf 70,8% des Sollwertes verringerten Transferfaktor (DLCO SB).

Beurteilung:

Milde Diffusionsstörung mit einem auf 70,8% des Sollwertes verringerten Transferfaktor (DLCO SB).

Die bodyplethysmographische Untersuchung zeigte eine normwertige Ventilation.

**Bronchoskopie vom 13.07.2017:**

Lokalanästhesie, Propofol i. v. 400 mg, fortlaufende Sauerstoffsufflation und Pulsoxymetrie. Perorales Vorgehen, die Stimmlippen sind symmetrisch und seitengleich beweglich. Im weiteren Vorgehen unauffälliger Befund der Trachea. Die Karina ist mittelständig. Die Ostien beidseits sind bis auf Subsegmentebene frei einzusehen. Es erfolgt eine ausgiebige Lavagierung des linksseitigen Oberlappens zur zytopathologischen und mikrobiologischen Diagnostik.

**Histopathologischer Befund**

**Hämatopathologie Lübeck, Prof Dr. Feller, P/2017/006887**

1. Beckenkammtrepanat

2. Stanzzyylinder Weichteilformation links parasternal

Begutachtung:

1. hyperzelliläres Hämatopoesemark mit im Vordergrund stehender neutrophiler Granulopoese mit leichter T-Zell- und Monozytenvermehrung. Es handelt sich um einen reaktiven Knochenmarkbefund (entzündlich, paraneoplastisch). Infiltrate eines malignen Lymphoms, speziell eines klinisch bekannten klassischen Hodgkin-Lymphoms sind nicht nachweisbar.

2. Stanzzyylinder (Weichteilformation links parasternal laut klinischen Angaben) mit Infiltraten eines entzündlich überlagerten, abschnittsweise tumorzellreichen/Lymphozytendepletierten klassischen Hodgkin-Lymphoms (EBV-negativ) mit kräftiger CD30-Expression der Blasten (Option Brentuximab?). Am vorliegenden Material ergaben sich keine Anhaltspunkte für ein Composite-Lymphom.

**Bronchiallavage vom 14.07.2017 (Pathologie Dres. Diebold & Niemann, Hamm, E2017/017153\_01)**

Lavage linker Oberlappen: Zus. etwa 10 ml farblose leicht trübe Flüssigkeit mit einzelnen flockigen Materialien. Zytologisch, zahlreiche Schaumzellen, Makrophagen sowie einzelne Lymphozyten. Beigemengt zahlreiche Plattenepithelien ohne Atypien, offenbar aus dem oberen Respirationstrakt. Keine eindeutige Hodgkin-Tumorzelle. In der PAS-Darstellung kein eindeutiger Nachweis gewebsinvasiver Pilze oder Parasiten, in der Ziehl-Neelsen-Darstellung kein eindeutiger Nachweis säurefester Stäbchen.

Vorläufige Beurteilung:

Lavage mit überwiegend makrophagenreichem Entzündungsinfiltrat und reichlich Zelldetritus, vereinbar mit einer Lavage aus dem Bereich einer klinisch mitgeteilten Kaverne. Das zytologische Material ist für die klinische Fragestellung einer mitgeteilten Raumforderung, speziell zur Frage eines Tumorrezidives (bei klinisch

mitgeteiltem Lymphom) nicht ausreichend, es empfiehlt sich daher eine Biopsie (dann auch mit der Möglichkeit zusätzlicher molekularer Analysen auch infektiöser Erreger bei klinischer Fragestellung: Mykobakteriose). Zur Frage einer Aspergilliose werden wir das Material noch ergänzend aufarbeiten und noch nachberichten.

## Röntgen

### MRT des Thorax nativ/KM vom 04.07.2017

#### Befund:

Darstellung einer knotigen Neoplasie in Höhe des Truncus brachiocephalicus paramedian linksbetont mit Destruktion des Manubrium sterni sowie beginnend des Sternoclaviculargelenk und des Costotransversalgelenkes der 1. Rippe links. Die Neoplasie infiltriert den M. pectoralis minor und major sternumnah.

Sie hat eine Ausdehnung in Höhe eines Referenzschnitts von ca. 5,4 x 6,6 cm (Ima 23/3).

Caudal davon zeigt sich ein weiterer Herd parasternal links mit Infiltration der Pleura (IMA 35/9). Das Ausmaß dieser Läsion beträgt ca. 2,8 x 1,2 cm (IMA 35/9).

Die größere Neoplasie weist unmittelbaren Kontakt zur Gefäßachse auf. Diese ist regelrecht perfundiert. Im Untersuchungsvolumen kein Hinweis für weitere RF bzw. patholog. LK. In dieser Technik unauffälliges Lungengerüst.

Im li. Oberlappen Darstellung einer ovalären Struktur intrapulmonal mit einer Ausdehnung von ca. 2,0 x 1,0 cm (IMA 52/9) dd Bulla dd ist ein z.B. Pilzinfiltrat nicht sicher auszuschließen. Es empfiehlt sich ein Vergleich mit den uns nicht vorliegenden CT-Aufnahmen aus Georgien.

Deutlich vergrößerte Milz mit Nachweis einer ovalären signalreichen Struktur lateral in der 1,6 cm Größe DD Zyste.

#### Beurteilung:

In erster Linie Morbus Hodgkin Befall in Höhe des Truncus brachiocephalicus paramedian links der Mittellinie mit maligner Infiltration des Manubrium sterni sowie des Sternoclaviculargelenkes und des Sternocostalgelenkes der 1. Rippe links.

Infiltration der Pleura links und des M. pectoralis major und minor links.

Caudal davon Darstellung einer weiteren spindelförmigen pleuralen Verdickung linksseitig dd weiterer Herdbefall. Die RF reicht bis in das vordere obere Mediastinum und erreicht hier die ascendierende Aorta thoracica.

Regelrechte Perfusion der art. Gefäßachse.

Im li. Oberlappen Darstellung einer ovalären Struktur intrapulmonal mit einer Ausdehnung von ca.

2,0 x 1,0 cm (IMA 52/9) dd Bulla dd ist ein z.B. Pilzinfiltrat nicht sicher auszuschließen. Es empfiehlt sich ein Vergleich mit den uns nicht vorliegenden CT-Aufnahmen aus Georgien.

Splenomegalie mit Verdacht auf Zyste lateral (1,6 cm).

### Thorax pa im Stehen vom 12.07.2017

#### Befund:

Zum Vergleich liegt leider keine Voruntersuchung vor.

Zwerchfellkuppen glatt begrenzt. Zwerchfellrippenwinkel frei. Hypertransparenz über beiden Lungen. Streifige Zeichnungsvermehrung beidseits basal. Kräftige Lungenhili.

Rundliche hypertransparente Raumforderung links im Lungen Unterfeld mit Spiegeleinstellung. Normal weites oberes Mediastinum. Trachea mittelständig. Schlankes Herz. Unauffällige Darstellung des überschaubaren Thoraxskeletts. Neuanlage eines Jugulariskatheters von rechts mit Projektion der Spitze auf die Vena cava superior.

#### Beurteilung:

Gute Lage des ZVK von rechts. Kein Hinweis für einen Pneumothorax. Lungenemphysem mit DD kleiner Bulla links DD eischmelzende Pneumonie / Kaverne.

## Verlauf und Beurteilung

Die Aufnahme des Patienten erfolgte zur Diagnostik und Eskalation der Therapie bei Progredientem klassischen M. Hodgkin.

Bei wie in dem Verlauf beschriebenem Progress unter DHAP ist eine Eskalation der Therapie dringend erforderlich. Aktuell klinisch besteht Husten, CT und MR-morphologisch unmittelbarer Kontakt zur Gefäßachse. Bei erhöhten Entzündungsparametern wurde über 7 Tage antibiotische Therapie mit Tavanic durchgeführt. CRP rückläufig bei anhaltend erhöhten Leukozyten.

Bei fehlender KM-Beteiligung ist eine Eskalation der Therapie mit schnellstmöglicher Apherese und anschließend der autologer Transplantation nach Erhaltung einer CR/VGPR geplant.

Da bereits die Therapie in Tiflis mit insgesamt 6 Zyklen ABVD ( D1+15) erfolgte und die Kumulativdosis von

Bleomycin bereits 180 mg erreicht wurde, haben wir die o.g. Untersuchungen durchgeführt, die eine zwar gute Lungenfunktion, aber bereits eingeschränkte DLCO zeigte.

Auch im Rahmen der Therapie mit ABVD habe der Patient bereits eine Kumulativdosis an Adriamycin von 600 mg bereits erhalten und damit die Kumulativdosis bereits überschritten. Echokardiographisch und laborchemisch ( pro BNP) keine Hinweise auf eine Kardiomyopathie, sodass bei einem sehr aggressivem Lymphom und Verlauf haben wir uns für die Therapie mit BEACOPP entschieden.

Aktuell wird in der folgenden Woche die Stammzellapherese durchgeführt.

Nach insgesamt 2 Zyklen BEACOPP esk. soll PET-CT in Uniklinik Münster stattfinden. Bei noch bestehender Aktivität weitere 2 Zyklen der Therapie (IIVP / alternativ liposomales Doxorubicin) und anschließender Hochdosistherapie ( mit z.b. TEAM für Thiotepa statt Busulfan wegen eingeschränkter Lungenfunktion) und Stammzelltransplantation.

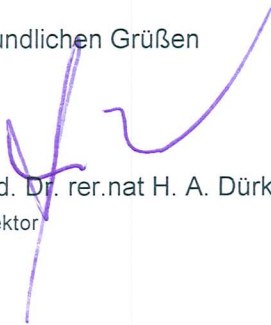
Procedere: Konsolidierungstherapie mit Brentuximab ( mindestens 6 Gaben) nach der autologen Stammzelltransplantation.


### Medikation

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bemerkungen
Cotrim forte	1	0	0		jeden 2 Tag
Aciclovir 400 mg	1		1		
VFend 200 mg	1	0	1		
Movicol Btl.	1	0	0		

Wir bitten um Verständnis, dass während des stationären Aufenthaltes die bei uns gelisteten Medikamente eingesetzt werden. Der Patient ist informiert, dass der Hausarzt andere ähnlich wirkende Präparate verordnen kann.

Mit freundlichen Grüßen

  
Dr. med. Dr. rer.nat H. A. Dürk  
Klinikdirektor

  
Dr. med. A. S. Hilbig-Cordes  
Oberarzt

  
A. Gozalova  
Fachärztin